

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

328

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 27 Juin 1906*

PAR

ALBERT LEBORGNE

INTERNE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE RENNES

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE RENNES

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES SYMPTOMES

ET

DES LÉSIONS MÉDULLAIRES

DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

*Président,* M. BRISSAUD, }  
                  MM. DEJERINE, } professeurs.  
*Juges* { ROGER,  
                  LAUNOIS, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

RENNES

IMPRIMERIE FR. SIMON, SUCCESSEUR DE A. LE ROY

IMPRIMEUR BREVETÉ

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. DEBOVE.     |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.            |
| Anatomie.....                                                      | POIRIER.       |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GABRIEL.       |
| Chimie organique et chimie générale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | BRISSAUD.      |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | SEGOND.        |
| Thérapeutique.....                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       | GILBERT.       |
| Médecine légale.....                                               | CHANTEMESSE.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | DEJERINE.      |
| Clinique médicale.....                                             | ROGER.         |
| Maladies des enfants.....                                          | HAYEM.         |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | DIEULAFOY.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | DEBOVE.        |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | LANDOUZY.      |
| Clinique chirurgicale.....                                         | GRANCHER.      |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GAUCHER.       |
| Clinique d'accouchements.....                                      | RAYMOND.       |
| Clinique gynécologique.....                                        | LE DENTU.      |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | TERRIER.       |
| Clinique thérapeutique.....                                        | BERGER.        |
|                                                                    | RECLUS.        |
|                                                                    | DE LAPERSONNE. |
|                                                                    | UYON.          |
|                                                                    | BUDIN.         |
|                                                                    | PINARD.        |
|                                                                    | POZZI.         |
|                                                                    | KIRNISSON.     |
|                                                                    | ROBIN.         |

## Agrégés en exercice :

|               |           |            |               |
|---------------|-----------|------------|---------------|
| MM. AUVRAY    | MM. DUPRÉ | MM. LEGUEU | MM. RICHAUX   |
| BALTHAZARD    | DUVAL     | LEPAGE     | RIEFFEL, chef |
| BRANCA        | FAURE     | MACAIGNE   | des travaux   |
| BEZANCON      | GOSSET    | MAILLARD   | anatomiques.  |
| BRINDEAU      | GOUGET    | MARION     | TEISSIER      |
| BROCA (ANDRÉ) | GUIART    | MAUCLAIRE  | THIROLOIX     |
| CARNOT        | JEANSELME | MERY       | VAQUEZ        |
| CLAUDE        | LABBE     | MORESTIN   | WALLICH       |
| CUNEO         | LANGLOIS  | POTOCKI    |               |
| DEMELIN       | LAUNOIS   | PROUST     |               |
| DESGREZ       | LEGRY     | RENON      |               |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

**M. le PROFESSEUR BRISSAUD**

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CONTRIBUTION  
A  
L'ÉTUDE DES SYMPTOMES  
ET  
DES LÉSIONS MÉDULLAIRES  
DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

---

INTRODUCTION

---

La démence précoce a surtout été étudiée au point de vue clinique. Il importait en effet de bien connaître ses symptômes et ses formes avant d'entreprendre son étude anatomopathologique. « Ses lésions encéphaliques ont été décrites et seraient, suivant Klippel et Lhermitte, suffisamment établies pour permettre maintenant de distinguer cette maladie de quelques autres et en particulier de la paralysie générale. » Il n'en est point de même de ses altérations médullaires, dont l'étude est toute récente. C'est à Gonzalès, Dide, Klippel et Lhermitte que revient

le mérite de les avoir observées. Dide et nous-même avons indiqué dernièrement l'existence de dégénérescence des cordons postérieurs dans la moelle de plusieurs déments précoces.

Notre but dans ce travail est de donner à la description de ces lésions le développement qu'elles comportent.

Nous étudierons d'abord les symptômes physiques que l'on rencontre le plus souvent dans cette affection et qui sont de nature à éclairer les altérations anatomopathologiques.

Sur le point de terminer nos études, nous aurions été très heureux de dédier cette thèse à notre père. Malheureusement, la mort l'a ravi à notre affection. Il eût certainement trouvé dans cette dédicace une satisfaction aux sacrifices qu'il s'est imposés pour nous.

Mais notre mère nous reste. Elle est certaine de trouver en nous l'affection qu'elle n'a cessé de mériter par son dévouement.

Nous tenons aussi à remercier nos maîtres de l'École de Rennes et nos maîtres en psychiatrie, qui nous ont toujours témoigné une grande bienveillance.

Le docteur Chardon voulut bien nous accueillir comme interne dans son service et ne cessa de nous prodiguer ses encouragements et ses excellents conseils, nous en avons gardé un souvenir reconnaissant.

Le docteur Sizaret nous a fait profiter de sa grande expérience clinique et donné de nombreuses marques d'intérêt ; qu'il nous permette de lui adresser nos remerciements les plus sincères.

Le docteur Dide, après nous avoir inspiré l'idée de ce travail, nous a dirigé dans nos recherches, contrôlé nos résultats; il ne nous a jamais ménagé ses conseils et nous sommes heureux de reconnaître que nous lui devons beaucoup de notre instruction médicale; qu'il veuille bien croire à nos sentiments de profonde reconnaissance.

Nous ne saurions oublier notre collègue Durocher, avec lequel nous avons entretenu les relations les plus cordiales durant notre internat.

M. le professeur Brissaud nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui offrons l'expression de notre respectueuse gratitude.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Réflexes.

---

Dans une communication à la Société de neurologie, mars 1902, sur les réflexes tendineux et cutanés dans la démence précoce, Dide constate :

L'exagération des réflexes tendineux ;

La diminution ou l'abolition des réflexes cutanés ;

L'hypertonus musculaire.

Dans une seconde communication Dide et Chénais concluent que les réflexes cutanés des orteils et du fascia lata ne sont jamais normaux.

Les orteils sont en flexion légère avec immobilité du gros orteil.

Le réflexe du fascia lata est diminué ou aboli. Les autres réflexes cutanés sont normaux.

Sérieux et Masselon ont repris ces recherches, ils ont observé les réflexes patellaires exagérés dans 73 % des cas, les réflexes plantaires diminués ou abolis dans 50 %.

Trepsat, dans sa thèse, trouve le réflexe rotulien exagéré dans 59 % des cas environ et le réflexe cutané plantaire diminué dans 64 %.

Les recherches que nous avons faites sur le même sujet chez 49 déments précoces, 23 femmes et 26 hommes, nous ont donné les résultats suivants :

Les réflexes patellaires sont exagérés 46 fois sur 49 cas, le réflexe du fascia lata est aboli 11 fois, diminué 14 fois, exagéré 5 fois, normal 19 fois.

Le réflexe cutané plantaire peut se décomposer ainsi :

En flexion très faible. 15 fois sur 49

— forte..... 3 fois —

— abolie .... 4 fois —

En extension ..... 4 fois —

En flexion normale... 23 fois —

Dans ces différents cas nous avons rencontré 24 fois le gros orteil immobile.

De nos recherches il résulte donc que le réflexe patellaire est exagéré 93,8 % des cas, le réflexe du fascia lata diminué ou aboli 51 %, exagéré 10 %.

Le réflexe cutané plantaire diminué ou aboli 38 fois %.

Si nos moyennes ne concordent pas exactement avec les précédentes, cela tient, à notre avis, à ce que nous avons fait nos recherches sur des malades à la période aiguë de leur affection ou dont la démence était confirmée.

*Troubles oculaires.* — L'étude des réflexes oculaires a permis à Mignot d'arriver aux conclusions suivantes :

Inégalité pupillaire 32 %.

Troubles du réflexe à la lumière 62,26 %.

— à l'accommodation 12,81 %.

Dilatation pupillaire 30,15 %.

Déformation pupillaire 51,64 %.

Sérieux et Masselon notent l'affaiblissement des réflexes lumineux et accommodateur 78 fois %, mais jamais la disparition complète de ces réflexes, ni le signe d'Argyll Roberston. Dide et Assicot, recherchant ces mêmes réflexes chez tous les déments précoces du service, concluent que le plus souvent il y a 1° : diminution ou abolition du réflexe d'accommodation avec conservation du réflexe lumineux; 2° Diminution ou abolition du réflexe lumineux avec conservation du réflexe d'accommodation; 3° Diminution ou abolition des deux réflexes. Ces signes ne sont pas fixes et peuvent changer chez le même malade d'un examen à l'autre.

L'Argyll type avec inégalité et irrégularité pupillaire est extrêmement rare (1 seul cas). Ils ont également noté des lésions du fond de l'œil qu'ils rangent sous trois chefs : « 1° hyperhémie papillaire, consistant en une congestion veineuse plus ou moins notable, les veines sont dilatées et tortueuses, les artères ne présentent pas de modification appréciable; 2° moins fréquemment se présentant soit d'emblée, soit succédant à l'aspect ophtalmoscopique précédent, une décoloration papillaire avec rétrécissement des vaisseaux, décoloration souvent limitée au côté temporal de la papille à l'image droite. — Dans un ou deux cas la décoloration peut aller jusqu'à donner l'aspect de la papille grise tabétique; 3° Enfin, exceptionnellement, ils ont noté une véritable névrite optique avec hyperhémie de la papille qui se confond avec le reste du fond de l'œil et traînées exsudatives le long des artères.

Nous devons insister, ajoutent-ils, d'une part sur la bilatéralité et les modifications de l'aspect ophtalmoscopique

suivant l'époque où on examine les malades. — Certains malades, chez lesquels nous avons observé à une certaine époque de la congestion veineuse nette, nous ont fait voir quelques mois plus tard un aspect décoloré et grisâtre de la papille, tout différent du premier examen. »

Il semble donc que le syndrome réflexe et les signes oculaires dans la démence précoce soient actuellement bien connus. Ils étaient d'autant plus importants à rappeler que cette partie de la symptomatologie doit être soigneusement établie pour rendre fructueuse l'étude de la moelle.

---

## CHAPITRE II

### Sensibilité.

---

Les troubles de la sensibilité sont assez fréquents chez les déments précoces et principalement chez les malades plongés dans la stupeur. Aussi est-on en droit de supposer, comme le font remarquer Deny et Masselon, que ces troubles ont une origine psychique plutôt que physique et que l'absence de réaction ne correspond pas à une analgésie véritable, mais qu'elle est vraisemblablement la conséquence de l'esprit d'opposition habituel à la plupart de ces malades. « Ségla fait observer que bien souvent, après avoir examiné un malade qui ne manifestait aucune réaction à la douleur, celui-ci se plaignait plus tard qu'on l'ait ennuyé en le piquant. »

Nous avons cherché à nous mettre à l'abri de l'erreur en pratiquant l'examen de nos malades, chaque fois que nous l'avons pu, à la phase de stupeur et à la phase d'agitation. Chez nos 49 déments précoces nous avons trouvé la sensibilité abolie 6 fois, diminuée 14 fois, exagérée 3 fois et normale 26 fois : ce qui nous donne donc une diminution de la sensibilité dans 40 % des cas. Notre

proportion est manifestement inférieure à celle de Sérieux, qui trouve la sensibilité émoussée dans plus de la moitié des cas ; et à celle de Dide et Chénais, qui signalent son altération dans 73 % des cas. Cela tient, croyons-nous, aux difficultés que présentent ces recherches ; mais un fait est constant : c'est la fréquente altération de la sensibilité à la douleur dans la démence précoce.

---

## CHAPITRE III

### Troubles trophiques et vasomoteurs.

---

Ces troubles sont fréquents dans la démence précoce. En outre des œdèmes localisés, de la cyanose signalés par Kræpelin, Dide a décrit le pseudo-œdème catatonique. « C'est un syndrome localisé symétriquement aux extrémités ou à la face, caractérisé par une infiltration tendue ne prenant pas ou peu l'empreinte du doigt, s'accompagnant souvent de cyanose, diminuant sans disparaître par le repos au lit et pouvant même résister au régime lacté prolongé durant des mois. Cette infiltration, qui semble plus fréquente dans les états d'inhibition cérébrale, est influencée manifestement par les modifications qui surviennent dans l'état mental. » Ce pseudo-œdème n'est pas sous l'influence de lésions cardiaques très rarement notées. Cet auteur en a publié une première statistique de 45 cas dans l'*Iconographie de la Salpêtrière*, décembre 1903.

Il a également décrit sous le nom de (Dermatopsychies) d'autres troubles trophiques, tels que purpura, l'asphyxie avec gangrène des doigts, l'érythème polymorphe, qui peut être maculeux avec sa localisation au niveau de la

face dorsale des mains ou des pieds, ou vésico bulleux avec sa localisation préférée pour le dos du pied. « Il débute par la production sur un élément érythémateux d'une vésicule à dimensions extrêmement exigües, qui dès le lendemain a parfois donné lieu à une pellicule flétrie qui se perd au milieu d'une surface ecchymotique, ou à une bulle plus ou moins étendue dont le contenu devient louche (variété pemphygoïde). Parfois les bulles surviennent sans qu'il y ait un fond érythémateux. »

Le purpura est presque toujours symétrique, localisé surtout au niveau des orteils, de préférence dans les régions qui peuvent subir des frottements.

« La tache de purpura est généralement arrondie ou ovalaire, à contours bien limités ; elle est généralement saillante et son évolution varie suivant les cas. Parfois, elle pâlit, prend une teinte chamois, la peau sous-jacente se kératinise et la desquamation s'en suit ; parfois l'hémorrhagie cutanée conserve sa couleur rouge et la desquamation de tout l'élément se fait, la teinte hémorrhagique étant conservée dans l'élément desquamé : c'est ce qui se produit dans le cas où la suffusion sanguine a lieu au-dessous d'un épiderme épais et corné comme celui de la région plantaire. »

Les gangrènes symétriques des orteils sont considérées comme une complication des lésions précédentes liées à des causes physiques étrangères au sujet. Les mauvaises conditions hygiéniques, l'orthostase favorisent la suppuration ; d'autre part, les troubles circulatoires du pied favorisent la mortification. Mais une fois au repos ces lésions disparaissent.

Nous avons personnellement observé chez nos malades les troubles qui viennent d'être décrits : 21 fois sur 23 femmes nous avons noté du pseudo-œdème, 15 fois il existait de la cyanose avec refroidissement des orteils; 14 de ces malades ont présenté les diverses variétés d'érythème polymorphe signalées par Dide. Nous n'avons trouvé qu'une fois de l'érythème pellagroïde. Des recherches que nous avons faites chez les hommes il résulte que ceux-ci présentent moins souvent du pseudo-œdème : 9 fois sur 26 cas avec cyanose et refroidissement. Six d'entre eux présentaient des ulcérations trophiques.

Nous n'avons trouvé aucune lésion cardiaque chez tous ces malades, pas plus que de traces d'albumine dans leurs urines.

Ces résultats nous semblent comparables à ceux de Trepsat, qui a rencontré le pseudo-œdème dans 85 % des cas et plusieurs fois des ulcérations trophiques : 1<sup>o</sup> Nous nous sommes borné à énumérer les troubles trophiques sans nous occuper de leur nature pathogénique, il n'entre pas dans notre esprit d'émettre l'idée que ces troubles sont uniquement d'origine médullaire, nous savons au contraire que leur pathogénie est complexe et qu'il faut faire intervenir pour les expliquer trois facteurs : troubles circulatoires, troubles des centres nerveux, toxi-infections.

---

## CHAPITRE IV

### Température.

---

Nous avons noté soigneusement la température matin et soir pendant trois jours chez 28 de nos malades pris indifféremment dans l'état de stupeur ou d'agitation. La moyenne de ces différentes températures nous a donné 36° 6. D'une façon générale, elle est donc légèrement inférieure à la normale. L'hypothermie devient manifeste si on ne s'adresse qu'à des malades dans la stupeur. Sur onze cas nous avons trouvé une moyenne de 34°, 3 le matin et de 35° 6 le soir. Ce fait n'a rien pour nous surprendre si l'on retient que les différentes fonctions vitales sont ralenties chez les malades dans la stupeur. Mais notre statistique repose sur un trop petit nombre de cas pour nous permettre d'en déduire une loi générale.

---

## CHAPITRE V

### La Marche.

---

L'étude des troubles de la marche faite chez les déments précoces d'après la méthode des empreintes aurait besoin, pour être vraiment fructueuse, de porter sur un grand nombre de cas. Il y aurait lieu notamment de distinguer avec soin les périodes de la maladie où l'observation est faite. Il paraît, en effet, évident qu'une affection qui pourra coïncider avec des lésions matérielles des cordons nerveux doit présenter une symptomatologie variable suivant le degré d'évolution des lésions ; il est probable même que pendant une période prolongée les modifications de la marche ne correspondent qu'à des troubles fonctionnels. Il paraît vraisemblable également que certains troubles observés sont imputables non pas à des troubles ou à des altérations des régions motrices réflexes, mais bien à des adultérations du psychisme supérieur.

Dans cette catégorie nous paraissent devoir entrer tous les phénomènes stéréotypés, depuis longtemps connus grâce aux travaux de Kræpelin, de Roubinowitch, de Sèglas, de Régis, de Sérieux et de tant d'autres.

Il paraît illégitime d'attribuer exclusivement à ces modifications du psychisme supérieur la démarche ébrieuse que plusieurs fois nous avons constatée à des périodes confirmées de la maladie. Cet état peut se traduire par des schémas, mais ne saurait prêter à une description dogmatique.

Aux périodes ultérieures de la maladie, à des phases où la démence paraît confirmée, où les troubles trophiques sont légion, on peut noter suivant les cas les types suivants de marche :

1° *Longueur du pas.* — La longueur du pas est généralement diminuée à la fin de l'évolution de la maladie. Au début le phénomène inverse peut se produire, il provient d'une tendance au steppage, qui n'est peut-être qu'un phénomène stéréotypé ;

2° *Marche unilatérale.* — L'angle d'ouverture d'un pied est considérablement plus ouvert que celui de l'autre, si bien que le malade progresse dans un état de demi à gauche ou de demi à droite ;

3° *Diminution de l'angle d'ouverture des deux côtés.* — On voit alors que l'angle d'ouverture au moment où il rejoint l'axe de la marche se trouve nettement en arrière du point d'impression des orteils du côté opposé. Ce qui, d'après la physiologie connue du pas, semble indiquer un degré d'instabilité que le malade cherche à vaincre en diminuant le temps pendant lequel il n'est supporté que par un pied ;

4° Il est fréquent de noter dans les empreintes que le talon traîne à terre avant de se porter nettement. Ce phénomène est le plus souvent unilatéral ;

5° Dans la très grosse majorité des cas, l'empreinte montre que les orteils, à l'exception du gros, ne touchent pour ainsi dire pas terre pendant la marche. Ce phénomène est fréquemment noté dans les démarches spasmodiques.

Nous nous contenterons pour le moment de signaler ces différents types, l'avenir permettra sans doute de faire une étude plus didactique de cette importante question.

Nous nous sommes servi, pour établir ces caractères, non seulement d'empreintes, mais aussi de mesures, que nous avons résumées dans un tableau.

| NOMS                         | AGE | MESURE<br>DE L'ANGLE D'OUVERTURE |        |       | LONGUEUR<br>DU DOUBLE PAS |                    | DISTANCE<br>DU TALON A LA LIGNE DIRECTRICE |                |                    | DISTANCE<br>DU 2 <sup>e</sup> ESPACE INTER-<br>DIGITAL<br>à la ligne directrice |                    | EMPÊTEMENT<br>RÉCIPROQUE<br>de l'axe des deux pieds |                                              |
|------------------------------|-----|----------------------------------|--------|-------|---------------------------|--------------------|--------------------------------------------|----------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                              |     | Pied G                           | Pied D | Total | Pied G                    | Pied D             | Pied G                                     | Pied D         | Total              | Pied G                                                                          | Pied D             | Pied G                                              | Pied D                                       |
| Gl., infirmier<br>normal.... |     | 14°                              | 17°    | 31°   | 97 <sup>c</sup>           | 95 <sup>c</sup> ,5 | 5 <sup>c</sup> ,6                          | 6 <sup>c</sup> | 11 <sup>c</sup> ,6 | 11 <sup>c</sup> ,4                                                              | 11 <sup>c</sup> ,2 | 0                                                   | 0                                            |
| Dr.....                      | 49  | 21° 8                            | 19° 8  | 41° 6 | 47                        | 48                 | 5,8                                        | 5,9            | 11,7               | 12                                                                              | 12                 | 12 <sup>c</sup> ,5                                  | 11 <sup>c</sup> ,6                           |
| Cau....                      | 47  | 13°                              | 19°    | 32°   | 86                        | 79                 | 10                                         | 8              | 18                 | 14                                                                              | 14,5               | 51                                                  | Normal.                                      |
| Mer....                      | 51  | 10°                              | 13°    | 23    | 89,5                      | 87                 | 6                                          | 8              | 14                 | 9,8                                                                             | 13,8               | 6                                                   | 11,5                                         |
| Lefo....                     | 57  | 9° 6                             | 33° 6  | 43,2  | 89,7                      | 84                 | 9                                          | 11,6           | 20,6               | 11,2                                                                            | 17                 | 48                                                  | 19 <sup>c</sup> ,5 il est<br>situé en avant. |
| Ol.....                      | 23  | 4° 5                             | 13° 5  | 18    | 135                       | 130                | 10                                         | 5,5            | 15,5               | 5,7                                                                             | 5,8                | 42                                                  | 8 il est situé<br>en avant.                  |
| Lel....                      | 25  | 10°                              | 15°    | 25    | 93,5                      | 131                | 11                                         | 8              | 19                 | 14                                                                              | 13                 | 23                                                  | 48                                           |
| Guer...                      | 42  | 10°                              | 14° 5  | 24,5  | 68,5                      | 71                 | 4                                          | 5              | 9                  | 8                                                                               | 8                  | 16,3                                                | 10                                           |
| Flx. Fe Aub.                 | 43  | 24° 5                            | 0      | 24,5  | 42                        | 41                 | 5,5                                        | 7,3            | 12,8               | 11,9                                                                            | 8                  | 11                                                  | Normal.                                      |
| Cert....                     | 50  | 11°                              | 10°    | 21    | 96                        | 86                 | 8,8                                        | 8,6            | 17,4               | 14,8                                                                            | 11,5               | Normal.                                             | Normal.                                      |
| Leb....                      | 21  | 25°                              | 17°    | 42    | 81                        | 80                 | 5,1                                        | 6              | 11,1               | 12,8                                                                            | 12,5               | Normal.                                             | Normal.                                      |

## Lésions de la moelle.

---

L'étude des lésions de la moelle dans la démence précoce est de date très récente. Anglade, en 1897, signale bien des lésions localisées au cordon postérieur et principalement dans la région dorsale supérieure chez six de ses malades qui, durant leur vie, n'avaient point présenté de symptômes médullaires. Il ajoute que la partie du cordon latéral qui avoisine la substance grise et celle du cordon antérieur qui est en contact avec la commissure blanche étaient aussi altérées. Les cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke étaient en voie d'atrophie et de dégénérescence. Malheureusement, nous ne sommes point fixé sur l'état mental de ces malades. Nous savons simplement que trois étaient mélancoliques, deux maniaques et un persécuté, et que cinq sont morts tuberculeux.

Dunton, en 1903, observe dans la moelle d'un dément précoce, mort de pneumonie caséuse, des altérations cellulaires dans la région lombaire. Les cellules de la corne antérieure présentent de la chromolyse centrale avec dislocation et fréquente atrophie du noyau. Les cellules de la colonne de Clarke sont atrophiées et présentent des proces-

sus de destruction. Les lésions cellulaires sont les mêmes dans la région cervicale. Autour des vaisseaux et du canal central, il existe une légère prolifération névroglie.

Enfin, Gonzalès, Klippel et Lhermitte publient des observations où sont magistralement décrites les lésions qu'ils ont observées. Nous ne saurions mieux faire que de les publier intégralement.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I (GONZALÈS).<sup>1</sup>

---

Démence précoce catatonique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Bulbe*. — Les pyramides bulbaires sont, d'après la méthode de Weigert Pal, très claires et les fibres apparaissent dissociées à un fort grossissement. Colorés avec du carmin, tous les éléments cellulaires sont atrophiés. Cette altération est très évidente dans la région des noyaux de l'hypoglosse. Les cellules ont leurs bords rongés avec des prolongements protoplasmiques fragmentés.

La méthode de Weigert Pal élective pour la névroglie a démontré qu'il existait une réelle prolifération de la névroglie.

*Moelle épinière*. — La méthode de Marchi appliquée aux différentes portions de la moelle a donné les résultats suivants. Dans toutes les portions de la moelle épinière, et plus spécialement dans la région cervicale, il existe

1. Nous devons la traduction de cette observation à l'obligeance de notre ami M. Pallier.

une légère dégénérescence localisée aux faisceaux de Goll et de Burdach. Elle se manifeste par la coloration en noir des fibres altérées. Toute trace de dégénérescence disparaît dans la région sacrée. Les autres faisceaux n'offrent rien de remarquable avec cette méthode de coloration.

La méthode de Weigert Pal montre dans la moelle cervicale, dorsale, lombaire, une légère, dégénérescence suffisamment évidente pour être vue à l'œil nu.

Examinée à un fort grossissement, on constate que la dégénérescence est due non seulement à la rareté des fibres, mais aussi à leur atrophie, qu'elle est uniforme et régulière dans sa distribution dans les faisceaux de Goll et de Burdach. Dans celui de Goll, on note qu'elle est plus accusée dans la partie antérieure de ce faisceau et principalement dans le groupe de fibres qui limitent le sillon longitudinal postérieur.

Dans les dernières sections de la moelle lombaire, cette dégénérescence va toujours diminuant, et dans la région sacrée, il n'existe plus de lésion.

La méthode de Weigert Pal ne permet pas de noter d'autres lésions.

Les colorations à l'hématoxylin et au carmin permettent de constater que les cellules de la corne postérieure dans toutes les parties de la moelle épinière sont atrophiées, à bords rongés et que le noyau est souvent déplacé vers la périphérie. Cette altération existe également dans les cellules de la colonne de Clarke. Les éléments cellulaires de la corne antérieure paraissent lésés plus gravement que ceux de la corne postérieure. Dans aucune région de

la moelle les éléments cellulaires ne présentent trace de pigments.

La méthode de Weigert a montré une très légère augmentation de la névroglie, principalement dans les faisceaux postérieurs.

*Ganglions spinaux.* — Les cellules des ganglions sont atrophiées ; leur noyau est souvent déplacé vers la périphérie, leurs bords rongés. Elles n'ont point trace de pigments.

*Vaisseaux.* — Les vaisseaux ne présentent pas de lésions.

*Nerfs périphériques.* — La gaine de Schwan a des noyaux normaux et régulièrement disposés. Le cylindraxe n'est point altéré. Dans la plus grande partie des fibres examinées à l'acide osmique, les scissures de Schmid et de Lautermann sont très distinctes.

---

OBSERVATION II (KLIPPEL et LHERMITTE).

---

Démence précoce datant de 6 ans.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. — Liquide céphalo-rachidien abondant. Le cerveau ne présente aucune particularité digne de remarque. Les circonvolutions ne paraissent pas atrophiées, les méninges ne sont pas dépolies.

*Moelle*. — Les méninges molles sont très légèrement épaissies dans le segment postérieur, dans un endroit situé entre la 8<sup>e</sup> dorsale et la première lombaire. A ce niveau, la pie-mère adhère légèrement à l'arachnoïde.

*Cœur*. — Péricarde très épaissi, les deux feuillets sont adhérents. Pas d'épanchement.

*Poumons*. — Plèvres épaisses et adhérentes. Les deux poumons sont farcis de tubercules. Au sommet du poumon droit existe une caverne assez volumineuse.

*Foie*. — Volume normal, mais d'aspect grasseux.

*Rate*. — Hypertrophie.

*Reins*. — De couleur pâle. Se décortiquent bien ; la substance corticale est un peu diminuée d'épaisseur.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Nous ne reviendrons pas en détail sur les altérations du cortex que nous avons complètement décrites précédemment, nous mentionnerons seulement les principaux caractères que nous fournit l'analyse microscopique de l'encéphale. Les méninges sont, dans les diverses régions, normales, sans trace d'infil-

tration d'aucune sorte. Sur les circonvolutions rolandiques on note que les cellules pyramidales sont granuleuses et pigmentées. La réaction névroglique est modérée; elle est plus accusée autour des vaisseaux. Ceux-ci sont d'ailleurs parfaitement normaux, sans diapédèse.

Au niveau des circonvolutions frontales, la réaction névroglique est des plus nettes, surtout autour des éléments polymorphes de la cinquième couche du cortex. Les grandes cellules pyramidales sont en état d'atrophie granulo-pigmentaire.

Dans les circonvolutions occipitales et de l'insula la réaction névroglique est des plus nettes, surtout autour des cellules nerveuses, dont un certain nombre sont en voie de neuronophagie.

Le noyau lenticulaire, la couche optique sont normaux.

Le cervelet ne présente pas d'altérations.

*Moelle sacrée.* — On constate, dans les différentes régions, une raréfaction des fibres nerveuses dans le cordon latéral et une sclérose peu accusée.

Les cordons postérieurs sont pâles, mais d'une manière diffuse. Le triangle de Gombault et Philippe est aussi altéré que les fibres radiculaires.

*Moelle lombaire.* — La dégénération des faisceaux postérieurs est assez marquée, elle s'étend à toutes les fibres radiculaires, respectant la région cornu-commissurale. Toutes les fibres cependant n'ont pas disparu et, par la méthode de Pal, on se convainc facilement que la dégénération n'est pas totale. La méninge postérieure est un peu épaissie, mais on n'y trouve aucune infiltration cellulaire. Les faisceaux latéraux présentent une dégénération peu accusée.

La zone d'entrée des racines postérieures est totalement dégénérée. Il existe même à ce niveau des vides, des lacunes où manquent complètement les cylindraxes. La racine paraît augmentée de volume, comme œdémateuse. La substance grise présente de minimes lésions. Le cerveau des fibres n'y est pas raréfié. Les cellules sont un peu pigmentées. Pas de chromatolyse.

*Moelle dorsale.* — Ici, les lésions sont plus marquées. Au niveau des cordons postérieurs, on remarque que les cordons de Goll sont presque entièrement dégénérés, les cordons de Burdach, au contraire, sont respectés à peu près complètement.

Les fibres qui se rendent à la colonne de Clarke sont très diminuées.

Dans les cordons latéraux, l'altération est plus manifeste qu'à la région inférieure ; on constate une disparition d'un certain nombre de cylindraxes, dans le territoire du faisceau cérébelleux direct et du faisceau pyramidal croisé. Par la méthode de Marchi, on voit aussi bien, dans les cordons postérieurs que dans les latéraux, un certain nombre de points noirs indiquant la désintégration autour des cylindraxes, de la gaine de myéline. Il n'existe pas de corps granuleux.

La pie-mère est un peu épaissie à la partie postérieure et adhère par quelques tractus fins à l'arachnoïde. Il n'y a pas dans les méninges, non plus qu'autour des vaisseaux, d'infiltration cellulaire.

Au niveau de la septième et huitième dorsales on constate, dans les cordons postérieurs, des lacunes, où manque tout élément nerveux. Ces pertes de substance se

voient dans les cordons de Goll seulement. Autour d'elles, on remarque une prolifération extrême de la névroglie, cellules et fibres. Per la méthode de Marchi, on ne constate point de corps granuleux. Autour de ces points, les cylindraxes et leur gaine de myéline sont très hypertrophiés et tortueux.

Les vaisseaux qui avoisinent ces lacunes ne présentent pas de diapédèse.

Dans la région dorsale supérieure, on ne constate plus ces altérations si spéciales, dont l'analogie avec celles décrites par MM. Déjerine et Thomas dans les cordons postérieurs sclérosés de l'anémie pernicieuse, nous a frappés.

*Région cervicale.* — La dégénération des cordons postérieurs était plus discrète encore ; elle se limite à un triangle qui se réduit progressivement au fur et à mesure qu'on se rapproche du bulbe. A la deuxième cervicale, la zone dégénérée occupe l'angle postéro-interne du cordon de Goll.

Dans les faisceaux latéraux, on constate une dégénération limitée et assez discrète empiétant sur les territoires du faisceau pyramidal croisé, du faisceau cérébelleux direct, du faisceau intermédiaire.

Dans les endroits où sont raréfiées les fibres nerveuses, la prolifération des éléments névrogliques est des plus nettes.

Les méninges ne sont pas sensiblement altérées ici. On ne constate en aucun point d'adhérences semblables à celles que nous avons mentionnées au niveau des sept et huit segments dorsaux. La substance grise n'est pas altérée,

les cellules des cornes présentent seulement une légère pigmentation.

*Racines rachidiennes.* — Les racines antérieures sont normales.

Les racines postérieures, au contraire, sont en grande partie dégénérées dans les segments dorsaux inférieur et lombaire.

Après dissociation, les fibres nerveuses de ces racines postérieures apparaissent grêles, moniliformes. Beaucoup de tubes nerveux sont réduits à une gaine vide de tout cylindraxe. Sur certaines racines on constate un processus actif, les noyaux de la gaine de Schwann ont activement proliféré, la myéline est réduite en boules, que colore vivement de noir l'acide osmique.

Au niveau du nerf radiculaire de Nageotte, on remarque une désintégration plus ou moins prononcée de la racine postérieure ; la racine antérieure, au contraire, est saine.

Nous n'avons malheureusement pu étudier les ganglions rachidiens.

---

### OBSERVATION III (KLIPPEL ET LHERMITTE)

---

Démence précoce datant de 10 ans.

AUTOPSIE. — Le cerveau ne présente aucune modification appréciable microscopiquement. Les circonvolutions ne semblent pas atrophiées. Les méninges ne sont pas dépolies ; il n'y a pas trace de suffusions sanguines, la décortication se fait facilement.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Sans entrer dans de grands détails, nous rappellerons que pour ce qui a trait au cortex, dans les diverses régions que nous avons examinées, les lésions étaient strictement limitées à la cellule nerveuse et à la névroglie. Surtout dans les lobes frontaux, on constate une atrophie des cellules pyramidales de la troisième couche, une pigmentation plus ou moins accentuée, avec état granuleux de ces éléments.

La réaction de la névroglie est assez marquée, principalement dans les couches profondes.

En aucun point, on ne peut découvrir la moindre lésion des méninges ni des vaisseaux.

*Moelle.* — Les lésions semblables à celles du cas précédent sont moins accentuées.

Les moelles lombaire et sacrée sont presque normales ; la méthode de V. Gieson montre toutefois une sclérose névroglie discrète dans les cordons postérieurs.

On ne peut reconnaître une systématisation exclusive aux fibres radiculaires, car la sclérose est diffuse.

A la moelle dorsale, les lésions se limitent aux cordons de Goll et au tiers interne du faisceau de Burdach. Dans les segments situés au-dessus de la quatrième dorsale le territoire dégénéré respecte le faisceau de Burdach et n'occupe plus que le faisceau de Goll; les lésions dégénératives sont discrètes et c'est surtout la prolifération du tissu névroglique qui permet de voir les limites des territoires lésés.

Les cordons latéraux indemnes ou presque à la région lombo-sacrée, sont sclérosés à la moelle dorsale. Cette sclérose frappe non seulement le faisceau pyramidal croisé, mais le faisceau fondamental latéral, et le faisceau cérébelleux. Sous la pie-mère, la densification du tissu névroglique est accusée, surtout dans la demi-circonférence postérieure de la moelle.

Les méninges sont saines.

Dans la moelle cervicale, la lésion du cordon postérieur occupe le faisceau de Goll, affleurant en avant jusqu'à la commissure. Le faisceau de Burdach est intégralement respecté.

Les cordons latéraux offrent une sclérose diffuse comme dans les régions sous-jacentes, sclérose plus marquée sur le faisceau pyramidal, mais s'étendant aussi en dehors sur le faisceau intermédiaire.

La méthode de Marchi ne montre aucun corps granuleux.

Quant à la substance grise, la seule modification qu'on y constate réside dans l'atrophie discrète des cellules des cornes antérieures avec pigmentation. La réaction névroglique est presque nulle.

Les vaisseaux ne présentent aucun phénomène inflammatoire ni dégénératif.

Les racines antérieures sont saines. Les postérieures sont également presque intégralement respectées. On n'y constate pas de dégénération active, pas de pigmentation de la myéline; le fait saillant consiste dans le grand nombre de fibres grêles par rapport aux fibres de diamètre normal; on observe quelques gaines vides, mais en très petit nombre.

L'étude du nerf radiculaire de différentes racines rachidiennes nous a montré qu'à ce niveau, les deux parties constituant (racines antérieures et racines postérieures) étaient normales.

Les ganglions rachidiens présentaient une pigmentation très nette d'un grand nombre de cellules dont les chromatophiles étaient parfaitement reconnaissables, autour d'un grand nombre de cellules ganglionnaires; les éléments qui l'entourent et lui constituent une capsule à l'état normal, étaient en prolifération.

En résumé, dégénération des cordons postérieurs sans participation parallèle des racines postérieures, sclérose des cordons latéraux des régions cervicale et dorsale. Les méninges sont entièrement respectées; les vaisseaux sont partout normaux.

---

#### OBSERVATION IV (KLIPPEL et LHERMITTE)

---

Démence précoce datant de 10 ans.

AUTOPSIE — A part un piqueté congestif, on ne remarque aucune altération méningée. Les enveloppes encéphaliques se détachent bien sans déterminer d'érosions.

La moelle avait son aspect normal.

EXAMEN HISTOLOGIQUE — Les lésions cellulaires de l'écorce étaient très marquées, atrophie et pigmentation des cellules pyramidales, la réaction névroglique particulièrement intense dans les couches profondes de l'écorce des lobes frontaux. Aucune altération méningée ou vasculaire.

Dans la moelle, les cordons sont normaux, les vaisseaux et les méninges également. La substance grise présente des modifications importantes dans les cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. Ces modifications sont de deux ordres :

1° Atrophie avec abondance de pigment jaune ;

2° Chromatolyse, surtout centrale, avec hypertrophie du protoplasma, déplacement excentrique du noyau.

La première lésion se constate sur les cellules de la corne antérieure ; essentiellement chronique, elle n'a déterminé qu'une réaction névroglique modérée.

La seconde est manifeste dans la région dorsale inférieure et surtout dans la colonne de Clarke.

Là, plusieurs cellules ne contiennent que de rares corps chromatophiles massés à la périphérie de l'élément, le centre est complètement décoloré, le noyau refoulé vers un des pôles ; dans certaines cellules, le noyau et le nucléole sont absents.

---

## OBSERVATION V

---

Les..., Jul., né le 19 juin 1865, entre à l'Asile le 4 novembre 1895, avec le diagnostic, fait par M. Poret, d'agitation maniaque impulsive.

Depuis cette époque, il traverse des phases d'excitation violente et de stupeur. Il a des hallucinations de l'ouïe, prétend qu'on le traite d'empoisonneur. Il est d'un caractère très difficile, répond aux questions qu'on lui pose par des grossièretés. La sensibilité affective chez lui a complètement disparu. Il accueille avec la plus complète indifférence la nouvelle de la mort de son frère. Il ne veut se livrer à aucune occupation, se promène dans la cour, répétant les mêmes gestes, ou se tient immobile dans un coin. Il évolue rapidement vers la démence. En 1900, il commence à tousser, des signes de tuberculose deviennent manifestes et il succombe à cette affection en 1901, le 1<sup>er</sup> mai. Six mois avant sa mort, il se réveille un matin avec les jambes paralysées, et désormais il devra garder le lit.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — *Motilité.* — Il existe une diminution de la force musculaire d'une façon générale, et particulièrement à droite. Invité à lever les deux jambes, la jambe gauche se lève en masse jusqu'à une certaine hauteur, avec quelque incertitude toutefois. La jambe droite s'élève au contraire plus difficilement et se place en flexion de la jambe sur la cuisse.

La force musculaire est diminuée également dans les bras, peut-être plus à gauche qu'à droite.

Si on fait marcher le malade, il arrive à faire quelques pas en obliquant vers la droite, puis il s'affaisse brusquement. Il ne marche d'ailleurs pas spontanément et on est obligé de le soutenir des deux côtés.

Il n'existe pas de paralysie oculaire.

*Sensibilité.* — Elle est extrêmement diminuée des deux côtés, à peu près complètement à droite.

*Réflexes.* — Les réflexes patellaires du tendon d'Achille, du poignet, sont très diminués des deux côtés et pour ainsi dire abolis à droite. Le réflexe de Babinski est nul à droite et donne la flexion légère à gauche.

Les réflexes cornéen et pharyngé sont abolis.

EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL. — Les poumons présentent des lésions de tuberculose. On note au cœur de l'insuffisance et du rétrécissement mitral.

AUTOPSIE. — Le cerveau pèse 1 515 grammes, il présente un œdème généralisé ; il est plus congestionné à gauche qu'à droite.

*Poumons.* — Il existe des cavernes au sommet des deux poumons.

*Cœur.* — Pèse 355 grammes. Le ventricule gauche est hypertrophié et présente de l'insuffisance et du rétrécissement mitral. Il n'existe pas de lésions du cœur droit.

*Foie.* — Poids 1225 grammes, il est légèrement congestif, ne semble pas altéré.

*Reins.* — Poids 305 grammes. La substance corticale est complètement blanche et tranche avec la teinte rouge de la région médullaire.

*Rate.* — Poids 130 grammes. Normale.

*Moelle.* — *Région lombaire.* Méthode de Weigert.

Cordons postérieurs. Faisceau de Goll. — Dans tout le faisceau, la myéline est complètement dégénérée et les cylindraxes ne se colorent plus. Toutefois, on note quelques fibres où le cylindraxe est intègre, principalement dans la région cornu-commissurale.

Faisceau de Burdach. — Dans la partie inférieure les fibres sont assez bien colorées, mais les vacuoles sont nombreuses. Au-dessus, dans la partie moyenne, les fibres colorées sont presque aussi rares que dans le faisceau de Goll. Dans le tiers supérieur la région tout à fait voisine de la corne est presque normale. La région cornu-commissurale présente encore de nombreuses fibres dégénérées.

Il ne semble pas exister de grains amyloïdes.

Corne postérieure. — La substance gélatineuse de Rolando est homogène, les fibres à myéline y sont exceptionnelles, Les faisceaux longitudinaux de Waldeyer y sont peu apparents.

Corne antérieure. — Nous avons compté le nombre des cellules du groupe externe, il en existe 20.

*Région dorsale.* — Les lésions sont diffuses, mais un peu moins accusées que dans la coupe précédente, elles sont surtout marquées dans la partie moyenne du cordon de Goll. Le long de la corne postérieure on note une mince couche où les cellules sont relativement conservées. La région cornu-commissurale est particulièrement altérée. Les fibres se rendant dans la colonne de Clarke sont nettement altérées.

Corne postérieure. — La couche zonale de Waldeyer se confond avec la couche zonale de Rolando ; les faisceaux longitudinaux de Kölliker sont à peine apparents.

Corne antérieure. — Les fibres paraissent normales.

Le canal de l'épendyme est oblitéré.

On compte sept cellules dans la colonne de Clarke. Ces cellules sont rondes et semblent manquer de prolongements.

*Région cervicale.* — Faisceau de Goll. La partie inférieure est complètement mais très finement vacuolaire. Les cylindraxes paraissent avoir complètement disparu. Dans la partie moyenne il existe une zone volumineuse, complètement dégénérée, où ni la myéline, ni le cylindraxe ne se colorent, quoique existant encore.

La région cornu-commissurale est presque aussi altérée que la région moyenne.

Faisceau de Burdach. — La zone de Lissauer est légèrement vacuolaire, mais elle contient encore un grand nombre de fibres normales. Plus haut, en rapport avec la région la plus dégénérée du cordon de Goll, est une région où fibres normales et fibres dégénérées se mêlent à peu près en quantité égale. Le plus grand nombre de fibres normales est en contact direct avec la corne.

La région cornu-commissurale est très altérée.

Toutes les régions dégénérées présentent une abondante prolifération de la névroglie.

Corne postérieure. — La couche zonale de Waldeyer est légèrement vacuolaire. Les faisceaux longitudinaux de Kölliker sont à peine représentés par trois ou quatre cellules.

Comme précédemment, on note dans la région externe des cordons latéraux un certain degré de vacuolisation.

---

## OBSERVATION VI

---

Fi..., femme A..., âgée de 49 ans, est entrée à l'Asile à 36 ans, avec le diagnostic d'excitation maniaque fait par M. Dupain. Son frère et son mari se sont aperçus depuis quatre ans qu'elle présentait des troubles mentaux.

Son instruction est rudimentaire : c'est à peine si elle sait signer son nom.

Elle a des périodes d'excitation et de stupeur. Elle n'a plus aucun sentiment affectif et a un manque absolu d'initiative. On doit la conduire à table et l'inviter à se coucher. Elle a parfois des réactions violentes, frappe les autres malades et se met à rire quand on lui en demande la cause. Elle présente, de plus, des hallucinations de l'ouïe.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — *Catatonic*. — On note chez cette malade des phénomènes catatoniques intenses dans les attitudes provoquées avec hypertonus musculaire ; elle conserve très longtemps les positions qu'on lui fait prendre.

*Sensibilité*. — Tous les modes de sensibilité sont conservés, mais émoussés, car les réactions sont peu vives, peu étendues.

*Réflexes*. — Les réflexes patellaires sont exagérés.

Réflexes des orteils. A droite et à gauche légère flexion des quatre petits orteils, avec immobilité du gros.

Fascia lata ; nuls.

Tendons d'Achille : exagérés.

Pas de clonus du pied.

Les réflexes abdominal et épigastrique sont normaux.

Les réflexes lumineux sont paresseux.

La papille a des limites un peu indécises, une teinte sale, presque uniforme. Les veines sont volumineuses et semblent avoir passé par une phase d'hyperémie.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASOMOTEURS <sup>1</sup>. — « Légère infiltration du dos du pied sans cyanose, sans bourrelet et sans refroidissement.

Le 5 février 1904. — On note des marbrures rouges sur le thorax ; elles tendent à s'accroître sous l'influence du froid. Certaines deviennent confluentes ; manifestation très éphémère.

21 février. — Régime lacté et alitement ; on note tout autour de la plante du pied et sur la face dorsale des orteils, une petite éruption composée de papules extrêmement légères.

23 février. — Les régions ci-dessus indiquées sont le siège d'une congestion marquée. Tous ces éléments se sont vésiculisés et sont entourés maintenant d'une bordure rouge. Le contenu de ces vésicules est séreux, et si certaines paraissent sanglantes, c'est par transparence, le fond étant nettement congestif. Ecchymose sur la main gauche au niveau du deuxième métacarpien.

5 mars. — L'éruption n'existe plus qu'à l'état de vestige et dans les régions où elle existait il se produit une

1. Nous empruntons la description de ces troubles à M. Dide, qui les a publiés dans *Dermatopsychie*.

desquamation abondante qui remplace exactement les régions éruptives. L'infiltration est la même.

29 mars. — Ecchymose spontanée depuis la région du carpe jusqu'au milieu de l'avant-bras gauche ; à droite, quelques ecchymoses limitées.

27 avril. — Éruption discrète au niveau de la face dorsale de la main droite.

17 mai. — Éruption miliaire sur le dos de la main gauche. Desquamation en larges lambeaux de toute la face palmaire de la main. L'éruption miliaire au dos de la main droite existe toujours.

21. — Taches de purpura sénile au niveau du front.

26 mai. — Sur le dos de la main droite, desquamation par écailles succédant à l'éruption notée.

Nous avons étudié la marche chez cette malade. Elle est complètement unilatérale. L'angle d'ouverture du pied gauche est égal à  $24^{\circ},5$  tandis que celui du pied droit égale  $0^{\circ}$ . De plus, le talon du pied droit balaie le sol et détermine sur le papier une trainée continue qui réunit les différents pas de ce côté. La longueur du pas gauche est de  $42^{\circ}$ , celle du pied droit de  $41^{\circ}$ . La distance du talon gauche à la ligne d'axe est de  $5^{\circ},5$ , celle du pied droit de  $7^{\circ},3$ .

Cette malade a subi le régime lacté absolu pendant 18 mois sans que son état mental se soit amélioré. Durant toute cette période, elle est restée plongée dans la stupeur.

Elle a succombé le 24 septembre 1905 à une pneumonie.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. — Poids 1255 grammes.

Poids du cerveau droit, 545 grammes ;

— gauche, 540 —

Il ne paraît pas présenter de lésions macroscopiques. Les méninges sont saines. La pie-mère se détache facilement du cortex sans provoquer aucune érosion.

*Poumons.* — Pneumonie du lobe inférieur droit au stade d'hépatisation rouge.

*Foie.* — Poids 1100 grammes. Est d'aspect légèrement gras. Il n'existe pas de calculs dans la vésicule.

*Rate.* — Poids 90 grammes. Normale.

*Reins.* — Poids 250 grammes. Ne paraissent pas lésés. La capsule s'enlève bien.

*Cœur.* — 240 grammes. Sans lésions valvulaires. Légère surcharge graisseuse.

*Moelle.* — Méthode de Weigert.

*Moelle lombaire.* — Dans toute la région des cordons postérieurs on note de nombreuses lacunes. Le tissu de soutien semble avoir proliféré d'une façon diffuse. La myéline se colore très incomplètement, à l'exception de la partie toute supérieure sous la commissure grise. Plusieurs fascicules nerveux sont colorés à l'entour de la moelle et il apparaît d'une façon manifeste que ceux qui sont aux environs de la corne antérieure ont toutes leurs fibres colorées, tandis que ceux qui sont aux environs de la corne postérieure ont pour la plupart une myéline incolore.

*Moelle dorsale.* — La lésion commence à être moins diffuse. Il existe un triangle, qui part de l'origine des cornes pour aboutir à mi-distance entre la racine et la scissure postérieure, où la myéline n'est colorée dans aucune fibre.

*Moelle cervicale.* — La lésion est tout à fait systématique et la partie interne du faisceau postérieur complètement dégénéré tranche avec la région externe où la plupart des fibres se colorent encore, mais où l'on note un état vacuolaire assez prononcé. Cet état vacuolaire est aussi marqué dans la région externe de Lissauer, dans les faisceaux cérébelleux directs et de Gowers.

---

## OBSERVATION VII

---

Dr. . . , L. , né le 19 mai 1880. Entre à l'Asile le 2 mars 1904. Il n'a pas d'antécédents héréditaires. Il porte au front la cicatrice d'un coup reçu à l'âge de cinq ans. Deux mois avant son internement, ses parents se sont aperçus qu'il s'attardait à l'église, qu'il négligeait son travail pour dire des prières; il avait des scrupules religieux de toutes sortes, refusait de manger pour éviter d'aller en enfer. Dès trois heures du matin, il était debout dans le but de faire pénitence, il s'imposait une foule de fatigues et de privations.

A l'Asile, dès les premiers jours, il refuse de manger, on doit l'alimenter à la sonde (environ cinq mois sur dix). Il reste plongé dans un état de demi-stupeur. Il conserve à l'égard de ses parents des sentiments affectifs très développés.

**SYMPTOMES PHYSIQUES.** — On provoque chez ce malade des attitudes catatoniques qu'il garde très longtemps.

*Sensibilité.* — Elle paraît normale chez lui.

*Réflexes.* — Les réflexes tendineux sont nettement exagérés.

Le réflexe des orteils est en flexion complète.

Le fascia lata est normal.

La marche n'offre rien de particulier à signaler.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASOMOTEURS. — Le pseudo-œdème est très accusé aux pieds et aux mains, avec cyanose.

Les réflexes oculaires de même que le fond d'œil ne sont point altérés.

Ce malade devient tuberculeux et succombe le 18 janvier 1905.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. — Poids 1 195 grammes.

Cerveau droit, 520 grammes;

— gauche, 520 — .

On ne note aucune lésion macroscopique, les méninges sont normales.

*Foie*. — Poids 1 145 grammes. Il est congestionné, la vésicule ne contient pas de calculs.

*Reins*. — Poids 275 grammes. De couleur normale, ils se décortiquent bien et ne paraissent point altérés.

*Rate*. — Poids 85 grammes.

*Cœur*. — Poids 260 grammes. Péricardite avec épanchement d'environ 60 grammes de liquide citrin.

*Capsules surrénales*. — Poids 20 grammes.

*Corps thyroïde*. — Poids 28 grammes.

*Poumons*. — Il existe quelques cavernes au sommet du poumon droit. La plèvre est adhérente. Le poumon gauche présente de la bronchite, avec infiltration tuberculeuse du sommet.

*Moelle*. — Méthode de Weigert.

*Région lombaire*. — Dans toute la région des cordons postérieurs il existe une raréfaction des fibres à myéline colorées avec prolifération de la névroglie, particulièrement dans la zone de Lissauer. La substance gélatineuse de Rolando est lacunaire. Les cellules des cornes

ont conservé leurs dimensions et leur aspect normal.

*Région dorsale.* — Il n'existe pas de lésion systématisée. La raréfaction des fibres à myéline reste diffuse.

*Région cervicale.* — Dès le début de cette région, la lésion se systématisé nettement dans le cordon de Goll, s'évasant depuis la région moyenne de ce cordon jusqu'à la périphérie de la moelle. Les fibres normales sont en petit nombre. Il existe un état lacunaire avec glyose mais sans systématisation bien nette des cordons latéraux. C'est dans la région du cérébelleux direct qu'on note le maximum des lésions.

---

## OBSERVATION VIII

---

G. . . , François, né le 3 février 1864.

Entré le 31 mai 1895.

Avant son arrivée à l'Asile, ce malade était sujet à des crises d'agitation maniaque et de dépression mélancolique. Depuis son entrée il est dans le mutisme avec attitudes catatoniques. Par moment il est pris d'accès de verbigeration, causant tout seul et à voix basse, dans un langage absolument incompréhensible. Son indifférence est complète, il est incapable de se livrer à aucun travail. Il a parfois de courtes périodes d'agitation incohérente, pendant lesquelles il se livre à des violences, se roule par terre, déchire ses vêtements.

A la fin de juillet 1904, il s'alite. Tous les ganglions du cou, de l'aisselle et de l'aîne sont considérablement hypertrophiés et font un instant songer à de la lymphadénie, mais en réalité, ils étaient de nature tuberculeuse.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — Il ne présente pas d'attitudes catatoniques spontanées.

*Réflexes.* — Les réflexes patellaires sont diminués. Le fascia lata est normal. Les orteils sont en flexion forte.

*Sensibilité.* — Elle ne paraît point altérée.

Examen oculaire. Les pupilles sont normales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. A l'ophtalmoscope les papilles semblent légèrement décolorées.

Le champ visuel est rétréci, surtout à gauche.

*La marche.* — La démarche se fait à petits pas, elle est un peu tabeto-spasmodique, les orteils ne touchant jamais terre.

L'angle d'ouverture du pied gauche mesure 10°, le droit 14° 5. La longueur du double pas est 68° 5 à gauche et de 71° à droite. Le talon gauche est distant de la ligne d'axe de 4°, le droit de 5°. L'espace qui sépare le 2° espace interdigital de la ligne médiane mesure le même chiffre des deux côtés, 8°. L'axe du pied gauche empiète de 11° sur le pied droit dont l'angle est normal.

TROUBLES TROPHIQUES ET VASO-MOTEURS. — « Pseudo-œdème avec cyanose, ulcérations profondes siégeant à l'extrémité antérieure de tous les orteils, récidivant à chaque instant, mais sans allures progressives, comme dans le mal perforant ».

Ce malade meurt le 26 février 1905, de tuberculose pulmonaire.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — Poids 1 580 grammes.

Cerveau droit, 700 grammes;

— gauche, 675 — .

Il ne paraît point présenter de lésions macroscopiques. Les méninges ne sont point altérées.

*Poumons.* — Il existe de grosses cavernes au sommet des deux poumons, les plèvres sont adhérentes.

*Foie.* — Poids 1 320 grammes, d'aspect très gras. Il n'existe pas de calculs dans la vésicule.

*Cœur.* — Poids 355 grammes. Sans lésions.

*Rate.* — Poids 165 grammes. Normale.

*Reins.* — Poids 225 grammes. Ils sont petits et décolorés. La capsule se décortique bien.

Les intestins sont farcis de granulations tuberculeuses.

Les ganglions de l'aîne, de l'aisselle et du cou sont tous à la période de caséification.

*Moelle.* — Méthode de Weigert.

*Région lombaire.* — D'une façon diffuse, la myéline se colore mal, dans tout le cordon postérieur, sans qu'aucune systématisation soit possible. Il existe une prolifération assez abondante de la névroglie, particulièrement dans la région moyenne du cordon de Goll. Les grosses travées de névroglie ont une tendance à morceller et à étrangler de petits territoires de substance blanche. Les cellules nerveuses à ce niveau paraissent avoir un volume normal.

*Région dorsale.* — Le cordon de Goll présente une dégénérescence évidente, qui est à son maximum dans la région moyenne et qui diminue à mesure que l'on va vers la périphérie ou que l'on remonte vers la région cornu-commissurale. Les cellules de la colonne de Clarke sont assez bien conservées, les cellules de la corne antérieure sont très atrophiées. Le canal de l'épendyme est oblitéré.

*Région cervicale.* — Sclérose systématisée, mais laissant encore subsister quelques fibres saines de la moitié inférieure du cordon de Goll.

## OBSERVATION IX

---

M..., Alex., né le 24 août 1866. Entre le 21 mars 1888 à l'Asile. Il a des alternatives d'agitation et de dépression, des craintes, des frayeurs imaginaires entretenues par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il rit et pleure sans savoir pourquoi; il n'a plus aucun sentiment affectif. C'est à peine s'il s'entretient avec les personnes qui viennent le voir. Son indifférence est absolue, il ignore depuis combien de temps il est à l'Asile et n'a point envie d'en sortir. Durant ses périodes d'agitation il se livre souvent à des violences sur la personne des autres malades, prononce une série de mots incohérents; et il est impossible de fixer son attention sur une idée particulière. Il ne s'occupe jamais. Pendant ses périodes de stupeur, il refuse toute nourriture, et on doit l'alimenter à la sonde.

Il meurt le 20 février 1902, de tuberculose pulmonaire.

**SYMPTOMES PHYSIQUES.** — Réflexes patellaires exagérés. Réflexes des orteils en flexion légère des quatre derniers orteils, fascia lata diminué. Sensibilité diminuée, attitudes catatoniques provoquées durant la période de stupeur.

**AUTOPSIE.** — *Cerveau.* — Poids 1255 grammes. Il paraît normal.

*Poumons.* — Les plèvres sont adhérentes et il existe des cavernes tuberculeuses aux deux sommets, mais principalement à gauche.

*Cœur.* — Poids 275 grammes. On note des plaques d'athérome sur l'aorte au-dessus des valvules. Insuffisance mitrale.

*Foie.* — Poids 1700 grammes. Il est hypertrophié et nettement gras. Il n'existe pas de calculs dans la vésicule.

*Reins.* — Poids 290 grammes. La substance corticale paraît dégénérée. La capsule est adhérente.

*Rate.* — Poids 170 grammes.

*Moelle.* — Méthode de Weigert.

*Région sacrée.* — Elle ne présente pas de lésions.

*Région lombaire.* — Il existe une manifeste glyose des cordons blancs.

*Moelle dorsale.* — La corne postérieure paraît très atrophiée, presque filiforme. La substance gélatineuse de Rolando n'existe pour ainsi dire pas. Les cordons blancs présentent une glyose diffuse, plus marquée au niveau de la région cornu-commissurale. Dans la colonne de Clarke on compte cinq cellules ; dans la corne antérieure, groupe externe, 14 cellules. Le canal épendymaire est oblitéré.

*Région cervicale.* — Il existe une lésion diffuse du cordon de Goll caractérisée par de la glyose. La myéline se colore d'ailleurs mal et les fibres nerveuses sont ratatinées. Les cellules sont bien colorées avec des prolongements importants. Les granulations chromophyles gardent bien la matière colorante, mais sont fragmentées. (Tendance à la picnose.)

---

## OBSERVATION X

---

T .., An., née le 8 février 1857. Entre à l'Asile le 28 juin 1882, avec le diagnostic, signé par M. Delaporte, d'excitation maniaque, caractérisée par l'incohérence des idées, l'inégalité d'humeur, et par des impulsions dangereuses. Elle traverse des périodes d'excitation et de dépression durant lesquelles elle présente une incohérence complète des idées, des explosions de rires et de pleurs non motivées, du négativisme, de la torpeur intellectuelle, des attitudes catatoniques. A l'heure du coucher, elle se cache sous son lit et ne veut à aucun prix monter dedans ; elle refuse souvent de s'alimenter, elle est d'une malpropreté repoussante.

Elle meurt subitement d'une hémorrhagie cérébrale.

SYMPTÔMES PHYSIQUES. — Attitudes catatoniques provoquées très nettes.

*Réflexes patellaires.* — Ils sont exagérés.

*Réflexe des orteils.* — Normal.

*Fascia lata.* — Normal.

*Sensibilité.* — Diminuée.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — Poids 1310 grammes.

*Cœur.* — Poids 145 grammes, il est tout petit, sans lésions orificielles.

*Foie.* — Poids 875 grammes. Congestif.

*Reins.* — Poids 220 grammes. Petits. Capsule légèrement adhérente.

*Rate.* — Poids 60 grammes. Paraît normal.

*Poumons.* — Ils sont congestionnés.

*Moelle.* — Les régions dorsales lombaires sont normales, seule la région cervicale présente une glyose diffuse du cordon de Goll.

---

## OBSERVATION XI

---

B..., femme G..., née le 7 juin 1849, entre le 30 décembre 1882 avec le diagnostic de troubles vésaniques caractérisés par des alternatives d'agitation et de dépression.

Durant ses périodes d'agitation, elle est extrêmement violente et il faut la mettre en cellule, où elle déchire sa literie et tous ses vêtements. Dans la stupeur, au contraire, elle se tient dans un coin de la cour, assise, les mains sur les genoux, et elle est indifférente à tout ce qui se passe ; on doit la conduire à table, la faire manger. Il est impossible de l'occuper à quoi que ce soit. Elle sombre rapidement dans la démence. Dans le mois de septembre 1899 elle a de l'hémi-parésie faciale gauche, qui disparaît rapidement.

En 1902 elle fait presque subitement de la gangrène des jambes et meurt huit jours après.

SYMPTÔMES PHYSIQUES. — Attitudes catatoniques intermittentes.

*Sensibilité.* — Elle est diminuée.

*Réflexes rotuliens.* — Exagérés.

*Réflexe des orteils.* — Flexion légère des quatre derniers orteils.

*Fascia lata.* — Diminué.

AUTOPSIE. — Nous ne possédons que le poids des organes.

*Cerveau.* — Poids 920 grammes.

Cerveau droit, 458 grammes;

— gauche, 462 — .

Le *foie* pèse 1035 grammes.

*Reins.* — Poids 210 grammes.

*Cœur.* — Poids 315 grammes.

*Moelle.* — *Région sacrée.* — Elle ne présente pas de lésion.

*Région lombaire.* — Tout le cordon postérieur est dissocié par des bandes de sclérose enserrant des fibres nerveuses qui paraissent normales. L'examen à l'immersion de cette sclérose montre qu'elle suit le trajet des fibres qui sont en rapport avec les cornes devenues grêles et presque méconnaissables. On constate une multiplication des cellules névrogliales adultes dans les points où cette sclérose n'est point trop dense. Les vaisseaux ne présentent point d'altérations de la tunique interne, la tunique externe est un peu épaissie. Il existe donc ici une sclérose surtout névrogliale et dont la systématisation paraît dirigée par le trajet intramédullaire des fibres nerveuses du cordon postérieur.

*Région dorsale moyenne.* — Cordon postérieur. Il existe une région très dégénérée dans la région moyenne du faisceau de Goll, à forme triangulaire.

Le cordon de Burdach contient très peu de fibres dégénérées, mais un assez grand nombre de grains amyloïdes.

Les zones de Lissauer sont intactes. La topographie des cornes est ici beaucoup plus voisine de la normale. La colonne de Clarke, à peine différenciée, est représentée par trois ou quatre petites cellules rondes.

Il existe une raréfaction des fibres du faisceau cérébelleux direct.

Le groupe externe de la corne antérieure est représenté par trois ou quatre cellules normales.

*Région dorsale supérieure.* — La lésion est tout à fait systématisée dans le cordon postérieur dans la région moyenne du faisceau de Goll, où une glyose intense remplace le tissu nerveux. Cette glyose est encore marquée dans la partie inférieure de ce faisceau et se poursuit légèrement jusqu'à la commissure grise.

Les cornes postérieures sont manifestement atrophiées, on n'y trouve pas trace de colonne de Clarke. Les cellules de la corne antérieure sont petites et au nombre de trois ou quatre.

*Région cervicale.* — Cordon de Goll. Dans la région moyenne, particulièrement au niveau de la commissure postérieure, existe un faisceau dégénéré où presque aucune fibre n'est conservée. La glyose y est abondante. De ce point, l'altération irradie en diminuant pour être à peu près nulle dans le faisceau de Burdach. La région cornu-commissurale est conservée. Les zones de Lissauer contiennent un certain nombre de fibres dégénérées ; de nombreuses fibres normales pénètrent dans la corne postérieure.

Cornes postérieures. — Toutes les fibres de la racine postérieure qui pénètrent dans la corne sont normales ; cependant, la corne elle-même est grêle. La substance gélatineuse de Rolando est presque absente. La couche zonale de Waldeyer ne peut être que soupçonnée.

La corne antérieure est abondamment pourvue de cellules normales.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La démence précoce et particulièrement la forme catatonique de cette affection est la traduction cérébro-spinale d'une toxi-infection aujourd'hui indiscutable.

2° Les signes physiques (syndrome réflexe — signes pupillaires et papillaires — troubles de la sensibilité, troubles trophiques) permettent de prévoir des altérations matérielles des centres nerveux, tout au moins à la fin de l'évolution de la maladie.

3° Les troubles de la marche sont variables. A une période de début ils sont régis par une adultération des fonctions psychiques (stéréotypie). Plus tard, ces troubles de la marche peuvent se systématiser et se présenter à l'examen clinique suivant certains types — Démarche spasmodique avec raccourcissement du pas et diminution de l'angle d'ouverture et souvent balayage (Sweeting) du talon ; démarche souvent latéralisée, la progression se faisant suivant un demi à gauche ou un demi à droite.

4° Des lésions de la moelle sont extrêmement fréquentes chez les catatoniques dont la maladie a évolué depuis plusieurs années, elles sont caractérisées par une altération d'abord diffuse des cordons postérieurs et qui, dans les régions dorsales et cervicales, se systématisent au ni-

veau du cordon de Goll. La lésion paraît dépendre d'une glyose primitive des régions malades et ne respectant pas les fibres endogènes. Au second plan, il faut noter les altérations de la colonne de Clarke et la raréfaction des fibres qui en émanent pour aboutir dans les faisceaux cérébelleux directs et de Gowers.

VU :

*Le Président de la Thèse,*  
E. BRISSAUD.

VU :

*Le Doyen,*  
DEBOVE.

VU ET PÉRMIS D'IMPRIMER :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

POUR LE VICE-RECTEUR :

*L'Inspecteur de l'Académie,*  
FONTENÉ.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ANGLADE. — *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la moelle épinière chez les aliénés* (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, 1897).
- CHÉNAIS (Louis). — *Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique* (Th., Paris, 1902).
- DENY. — Congrès de Pau (*Des démences vésaniques*), 1904.
- DIDE (Maurice). — *Du syndrome réflexe de la démence précoce* (Revue neurologique, mars 1902).
- DIDE. — *La Dystrophie cellulo conjonctivo vasculaire* (Société de Neurologie, décembre 1903).
- DIDE. — *Le Pseudo œdème* (Icon. de la Salpêtrière, décembre 1903).
- DIDE. — *Troubles de la marche et lésions médullaires dans la démence précoce* (Société médicale et scientifique de l'Ouest, février 1905).
- DIDE. — *Dermatopsychies* (Société médicale et scientifique de l'Ouest, juin 1904).
- DIDE et ASSICOT. — *Troubles oculaires dans la démence précoce* (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, Rennes, 1905).

DIDE et CHÉNAIS. — *Sur le réflexe du fascià lata* (Journal de Neurologie, 1902).

DIDE et DUROCHER. — *Asphyxie symétrique des extrémités. Pseudo-œdème catatonique* (Société médicale et scientifique de l'Ouest, décembre 1903).

DUNTON RUSH WILLIAM BY. — *Report of Case of Dementia præcox wit' autopsy* (American journal of insanity, 1903, pages 428-439).

GONZALÈS. — *Contributo allo studio della Demenza precoce* (Rivista sperimentale di frenatria, décembre 1904, p. 765).

KLIPPEL et L'HERMITTE. — *Des lésions de la moelle dans la démence précoce* (Journal L'Encéphale, mars 1906).

MASSELOIN. — *La Démence précoce* (1904).

MIGNOT. — *Étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales* (Th. de Paris, 1902).

RÉGIS. — *Traité de psychiatrie*.

SÉRIEUX (Paul). — *La Démence précoce* (Revue de psychiatrie, juin 1902).

TREPSAT. — *Étude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphrénico catatonique* (Th. Paris, 1905).